

A propos de treize cas de polypose rectocolique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 décembre 1938

PAR

MAX BOUSCHON

Né à Aubenas (Ardèche), le 28 mai 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. BOUDET, Professeur *président*.

GIRAUD, Professeur.

BAUMEL, agrégé

ROUX, agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, rue Jardin-Martel

1938

A PROPOS DE TREIZE CAS
DE POLYPOSE RECTOCOLIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A propos de treize cas de polypose rectocolique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 décembre 1938

PAR

MAX BOUSCHON

Né à Aubenas (Ardèche), le 28 mai 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. BOUDET, Professeur *président.*

GIRAUD, Professeur.

BAUMEL, agrégé

Roux, agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, rue Jardin-Martel

1938

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.
Histologie	J. DELMAS
Physiologie	TURCHINI
Chimie biologique médicale et toxicologie	L. HEDON
Physique médicale	CRISTOL
Anatomie pathologique	PECH
Microbiologie	GRYNFELT
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE
Thérapeutique et matière médicale	PAGES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BOUDET
Hygiène	PUECH
Médecine légale et médecine sociale	CARRIEU
Pathologie médicale et clinique propédeutique	VIDAL J.
Clinique médicale	BOULET
	GIRAUD
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU ass.
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	N...
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-laryngologie-maxillo-faciale	TERRACOL
Radiologie	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS,
CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSC, VILLARD.

Chargés de cours complémentaires

Histoire Naturelle Médicale	MM.
Pathologie médicale et clinique propédeutique médicale	HARANT, Dr
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL, agr.
Clinique des maladies contagieuses	P. RIMBAUD, agr.
Clinique phthisiologique	JANBON, agr.
Chirurgie expérimentale	VIDAL, prof.
Pathologie externe	GUIBAL, agr.
Médecine opératoire	MOURGUE-MOLINES, agr.
Accouchements	ROUX, agr.
Stomatologie	N...
	FERRIER, Dr.

Agrévés en exercice

MM.	MM.
JANBON	Chirurgie ..
BAUMEL	AIMES
P. RIMBAUD	MOURGUE-MOLINES
BOUCOMONT, ch. d'agr.	GUIBAL
LAFON, ch. d'agr.	ROUX
	Bactériologie
	CARRERE
	Chimie
	MONNIER, ch. d'agr.

Examineurs de la thèse

MM. BOUDET, Prof. *Président* | MM. BAUMEL, agrégé
GIRAUD, Prof. | ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

*Leur vie est le symbole du sacrifice.
Je leur dois ce que je suis.
Puisse ce modeste travail représenter
à leurs yeux toute mon affectueuse
reconnaissance et l'infini de mon
amour filial.*

M. B.

A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

Pieux souvenir.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

M. B.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR G. BOUDET
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de notre profonde
admiration et de notre respectueuse
gratitude.*

M. B.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GASTON GIRAUD
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Respectueux hommage.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE JEAN BAUMEL
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Nous le remercions de nous avoir
inspiré l'idée de ce travail et de nous
avoir largement aidé de ses conseils.*

*Nous n'oublierons jamais tout ce que
nous devons de notre formation médi-
cale à l'excellence de ses enseignements
et au bienveillant intérêt qu'il nous a
toujours témoigné.*

M. B.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ G. ROUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Profonde reconnaissance.

A TOUS MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

M. B.

A PROPOS DE TREIZE CAS DE POLYPOSE RECTOCOLIQUE

INTRODUCTION

La polypose rectocolique — que l'on désigne aussi bien souvent par le terme plus général de polypose intestinale parce que, d'une manière habituelle, les polypes intestinaux sont situés sur le cadre rectocolique — est une affection due à la présence dans le gros intestin de tumeurs multiples, bénignes, pédiculées ou sessiles, faisant saillie dans la lumière de cet organe.

Connue depuis longtemps, mais mal connue avant ces dernières années, cette affection a été étudiée pour la première fois par MENZEL en 1725.

WAGNER en 1832, ROKITANSKY en 1839, chez des dysentériques, montrèrent la persistance des excroissances polypéuses même après la guérison des ulcérations sur les bords desquelles elles avaient proliféré.

CRIPPS nota le caractère familial de la polypose (1882).

BARDENHEUER enfin insista le premier sur les rapports de la polypose intestinale et du cancer (1891).

Les travaux modernes ont débuté en 1912 avec AUBERTIN et BEAUJARD qui étudièrent l'action des Rayons X sur les polyadénomes de l'intestin.

En 1916, BENSAUDE décrivit l'image radiologique de la polypose (image tigrée).

Enfin, à la lumière des examens endoscopiques, BENSAUDE et ses élèves (AUGIER 1932) d'abord, puis plus récemment

notre Maître, M. le Professeur BAUMEL et le Docteur SERRE (octobre 1937) ont repris cette étude et ont grandement contribué à l'unité de ce chapitre de la pathologie intestinale.

La polypose est cependant encore trop souvent méconnue, et prête, parce qu'on n'y songe pas, aux erreurs de diagnostic les plus diverses.

C'est ainsi que nous avons vu un malade atteint de cette affection et présentant des entérorragies abondantes, soumis depuis des mois par plusieurs médecins au régime lacté le plus strict pour une prétendue entérocolite muco-membraneuse.

D'autres nous sont venus porteurs de polypes transformés en néoplasmes alors qu'on les soignait depuis des années pour dysenterie ou hémorroïdes.

Pour réagir contre la tendance trop répandue de considérer la polypose intestinale comme une curiosité de la pathologie digestive, notre Maître M. le Professeur BAUMEL nous a fait le très grand honneur de nous suggérer l'idée de ce travail.

Qu'il nous soit permis, avant d'en poser les bases, de lui renouveler l'expression de notre reconnaissance et de notre admiration.

Au cours de ce travail qui repose sur treize cas observés pendant ces derniers mois, nous nous proposons d'envisager la polypose intestinale sous ses angles essentiels et pratiques.

Voici du reste les observations sur lesquelles s'appuie notre thèse.

OBERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par MM. SEILHAN, BAUMEL et SERRE à la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier le 9 mai 1937)

F... Louis, 21 ans, entre à la salle Kiéner, le 16 juillet 1936, pour phénomènes dysentériques. Ces accidents ont débuté huit jours auparavant : 5 à 6 selles par jour, glaireuses et sanguinolentes ; dans l'intervalle, hémorragies de sang pur peu abondantes, fièvre légère, sans autres phénomènes généraux importants.

Dans les antécédents on relève seulement une fièvre saisonnière en février 1935 ; le malade n'a jamais éprouvé de troubles intestinaux jusqu'ici.

Pas de séjour aux colonies. Parents en bonne santé.

L'examen montre une langue saburrale, un abdomen tendu, indolore.

Le foie est de volume normal; la rate n'est pas perceptible.

Décoloration assez nette des téguments et des muqueuses.

La tension artérielle est de 8,5—3 (Méthode auscultatoire).

Pouls à 90. Température 38,7.

Le poids est de 50 kgs 500 pour une taille de 1 m. 57.

L'examen des selles pratiqué à plusieurs reprises ne révèle le point la présence de parasites ni de bacilles dysentériques.

Dans les urines : très légères traces d'albumine et léger excès d'urobiline.

Dans le sang : réactions de la syphilis toutes négatives.

Hémogramme :

Globules rouges : 3.130.000 par mm³.

Globules blancs : 6.700 par mm³.

Hémoglobine: 80 p. 100

Polynucléaires neutrophiles: 54 p. 100

eosinophiles: 4 p. 100

Lymphocytes: 30 p. 100

Moyens mononucréaires: 11 p. 100.

Grands mononucéaires: 1. p. 100

Malgré l'administration de Stovarsol (0 cg. 25, puis 0 cg. 50 par la bouche) et de bismuth d'abord, d'élixir parégorique, de chlorure de calcium et d'hémostyl ensuite, en dépit des pansements rectaux mucilagineux, les phénomènes dysentériques et les entérorragies persistent. La température, d'abord voisine de 38° s'abaisse un mois environ après l'arrivée. A cette date, la pâleur s'est fortement accrue; l'asthénie est intense, l'hypotension artérielle marquée (8,5 - 3,5).

On constate que la langue rouge, lisse, décapillée a pris le type de la glossite de HUNTER.

L'hémogramme est celui d'une anémie pernicieuse.

Globules rouges : 1.875.000 par mm³.

Globules blancs : 10.800 par mm³.

Hémoglobine: 100 p. 100

Valeur globulaire: 2,7;

Anisocytose avec macrocytose. Polychromatophilie. Hematies nucléées. Métamyélocytes.

En présence de ce tableau, on envisage la possibilité

d'une rectocolite ulcéro-hémorragique: un vaccin est préparé avec les germes intestinaux très polymorphes, et injecté par voie sous-cutanée. Les pansements rectaux sont continués. Plusieurs transfusions sanguines de 100 à 150 centimètres cubes sont pratiquées, tandis qu'on met en œuvre la thérapeutique par les extraits de foie et de muqueuse gastrique, utilisés en ingestions.

Le foie de veau cru est prescrit aussi longtemps qu'il est toléré, pendant un mois et demi environ.

Le 3 septembre 1936, une rectoscopie révèle la présence dans le rectum et le colon sigmoïdien de très nombreux polypes saignant au moindre contact.

Une biopsie est effectuée. L'examen histologique (dû à l'obligeance du Docteur GUIBERT) montre un processus de polypose, surtout remarquable par la réaction lympho-plasmocytaire qu'il entraîne. On note aussi de très nombreux polynucléaires eosinophiles.

Aucun signe de prolifération cellulaire maligne, aucun caractère histologique d'inflammation spécifique.

L'examen radiologique après administration d'un lavement baryté et évacuation aussi complète que possible, montre sur la plus grande partie du côlon la présence de petites zones lacunaires, irrégulièrement arrondies, donnant un aspect tigré caractéristique.

Une intra-dermo-réaction à l'antigène de FREI a été effectuée ; elle s'est montrée négative.

A cette date, l'état général a beaucoup décliné, l'hypotension atteint les chiffres de 6,5 3,5 ; l'étude hebdomadaire de la formule sanguine montre la persistance de la déglobulisation, avec taux d'hématies oscillant entre un ou deux millions, en fonction des transfusions.

L'hyperchromie, la macrocytose et les signes de réaction

médullaire existent toujours, le chiffre et le pourcentage des globules blancs demeurent sensiblement normaux.

On adjoint à la thérapeutique déjà instituée l'ingestion de 4 comprimés par jour de vitamines C; par ailleurs, on utilise la radiothérapie profonde : séances de 250 R chacune, au total 9 séances et une dose de 2250 R. Une amélioration se dessine peu après la roëntgenthérapie ; mais dès le milieu du mois d'octobre, les selles sont à nouveau fréquentes (10 par jour) et sanglantes. Dès lors l'amaigrissement et la déshydratation deviennent considérables, l'anémie progresse (1.500.000 globules rouges par mm³; valeur globulaire : 2,6 le 4 décembre).

La température s'élève à 38°, le pouls s'accélère aux environs de 120 et le malade meurt dans une syncope le 9 janvier 1937.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. le Professeur BAUMEL)

L... Jean, 76 ans, entre à la salle Saint-Bernard, le 18 mars 1937, pour syndrome dysentérique. Celui-ci a débuté à l'âge de 50 ans et se manifestait alors par des selles très nombreuses (une vingtaine par jour) glaireuses et sanguinolentes, sans douleur ni fièvre. Le malade était alors en Algérie, à Bône, où il a fait un séjour de 14 ans.

Auparavant il n'avait jamais souffert de troubles intestinaux.

Cet épisode initial dure environ deux mois, puis les accidents cessent pour reparaître avec les mêmes caractères deux ans plus tard alors que le malade est rentré en France.

Depuis lors se produisent des poussées de dysenterie séparées par des intervalles de sédation complète durant plusieurs mois.

Cette évolution ne s'accompagne pas d'altération marquée de l'état général.

L'appétit est conservé, mais le malade accuse des sensations de pesanteur survenant deux heures après le repas, sans vomissements.

Il n'a suivi aucun traitement jusqu'au mois de juillet 1936. A cette date, il fait un séjour dans le service de M. le Professeur RIMBAUD, où fut instituée une thérapeutique par l'arsémétine, la vitamine C et le bleu de méthylène en lavements. A noter que l'examen des selles a révélé transitoirement la présence de kystes de lambliax peu nombreux.

Après une amélioration passagère, les accidents reparaisent : actuellement 7 à 8 selles par jour avec des glaires et du sang, léger ténesme.

Antécédents. — Fièvre scarlatine à 14 ans. A l'âge de 24 ans, chute qui a provoqué une fracture bilatérale du radius et a laissé une déformation importante du poignet.

Léger éthylysme.

Bronchites fréquentes depuis 10 ans.

Son père est mort à 48 ans, d'une affection pulmonaire chronique, vraisemblablement tuberculeuse.

Examen clinique. — Appareil digestif.

Langue saburrale ; début de leucoplasie commissurale.

L'abdomen est souple et indolore.

Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

Examen rectoscopique. — On fait progresser le tube rectoscopique qui pénètre facilement à travers le sphincter anal jusqu'à 17 centimètres de l'anus. Sur ce trajet, on voit de nombreuses proliférations (25 à 30), de volume variable,

sessiles et dont l'extrémité axiale est blanchâtre, rappelant assez l'aspect en tache de bougie.

Les néoformations sont soit isolées, soit groupées en bouquets de trois ou quatre ou davantage ; elles sont friables et saignent facilement.

Dans leur intervalle, la muqueuse est saine.

Le cathétérisme rétrograde ne permet point de nouvelles constatations. On ne voit pas d'hémorroïdes.

Biopsie. — Lésions d'adénomatose diffuse sans transformation épithéliomateuse ; nombreux éléments réactionnels de rectite chronique.

Radiographie intestinale. — Le transit rétrograde s'effectue normalement jusqu'au cæcum. Le cliché, après remplissage, montre de petites lacunes à contours assez nets et arrondis, à l'union de la partie moyenne et distale du côlon sigmoïde. L'insufflation, après évacuation, n'apporte aucun renseignement complémentaire.

Examen des selles. — Pas de parasites.

GastroscoPie. — Gastrite légère sans formations polypeuses.

Chimisme gastrique. — Après histamine : acidité totale : 4 gr. 20 ; acide chlorhydrique : 4 gr. 12.

Appareil circulatoire. — Arythmie extra-systolique irrégulière ; artères scléreuses. Tension artérielle : 20—8,5 (méthode auscultatoire).

Radiographie. — Légère hypertrophie du ventricule gauche ; aorte opacifiée.

Poumons. — En avant : Inspiration huméc au sommet droit.

En arrière, rudesse respiratoire diffuse.

Radiographie. — Forte accusation du dessin bronchique avec empâtement hilaire. Le jeu diaphragmatique est réduit.

Système nerveux. — Diminution des réflexes achilléens.

Déformation des poignets avec subluxation du carpe en dedans, résultant de la fracture ancienne du radius.

Radiographie. — Lésions d'arthrose radio-carpienne.

Sang. — Azotémie : 0 gr. 29.

Cholestérolémie : 1 gr. 50.

Réactions de la syphilis négatives.

Réaction de Besredka négative.

Hémogramme :

Globules rouges : 4.720.000 par mm³.

Globules blancs : 6.400 par mm³.

Polynucléaires neutrophiles : 59 p. 100.

Grands mononucléaires : 5 p. 100.

Lymphocytes : 36 p. 100.

Réaction de sédimentation :

34 après une heure.

61 après deux heures.

105 après vingt quatre heures.

Très légères traces d'albumine dans les urines.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BAUMEL)

G... Aristide, 59 ans, gantier, vu le 21 avril 1937. Le début remonte à trois ans: apparition de phénomènes dysentériques avec selles fréquentes (10 à 12 par jour) glaireuses et sanguinolentes, douleurs anales et faux besoins. Dans l'intervalle des selles, hémorragies de sang pur, rouge, peu abondantes.

Ces troubles intestinaux persistent depuis lors, évoluant

par poussées avec atténuation nette pendant des périodes de quelques semaines à quelques mois. Ils se sont accentués depuis six mois.

Pas d'amaigrissement. L'appétit est conservé. Le malade n'accuse aucun trouble gastrique.

Antécédents. -- A noter quelques années après la guerre des épisodes diarrhéiques sans entérorragies, de courte durée (quelques jours). Pas de séjour aux colonies.

Femme en bonne santé. Un enfant mort-né.

Examen clinique. — Négatif.

Poids : 63 kgs 400.

Tension artérielle: 18-8 (Méthode auscultatoire).

Examen rectoscopique. — Le tube rectoscopique pénètre facilement. On le fait progresser jusqu'à 20 centimètres de l'anus. Sur tout ce trajet, on voit de nombreux polypes, nettement pédiculés, et dont quelques-uns ont la grosseur d'une noisette. Les uns sont séparés, les autres agglomérés. La muqueuse est normale. Une cathétérisme montre qu'il existe environ une trentaine de polypes.

Biopsie. — On est en présence de lésions de polypose avec rectite chronique.

Examen radiographique. — Le processus de polypose s'étend à tout le côlon descendant.

Traitement. -- Dix séances de diathermo-coagulation permettent de faire disparaître à peu près complètement les polypes accessibles et entraînent une amélioration nette des symptômes. En effet, après ce traitement, les hémorragies ont cessé, les selles sont redevenues normales. Cette amélioration a persisté jusqu'en avril 1938.

Le 2 mai 1938, le malade revient en consultation. Depuis un mois environ, il présente dix selles par jour avec de très légères traces de sang, de rares épreintes, un ténesme assez intense. La nuit il se plaint d'émissions par l'anus de gaz

très abondants qui le réveillent parfois, et qui s'accompagnent d'évacuations de sang pur en petite quantité.

Bon appétit. Les digestions sont faciles. Il n'y a pas d'amaigrissement. On note un hippocratisme digital très net, malgré l'absence de lésions cardio-vasculaires et respiratoires.

Examen rectoscopique. — Le rectoscope pénètre facilement jusqu'à 20 centimètres de l'anus. On est alors arrêté par un amas de polypes. Certaines proliférations sont bourgeonnantes. On fait un prélèvement. La réponse du laboratoire est nette. Il s'agit manifestement d'une épithélioma cylindrique glanduliforme très infiltrant et doué d'une grande activité mitotique et amitotique.

Le malade refuse l'intervention chirurgicale.

On le traite actuellement par des séances de diathermo-coagulation.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BAUMEL)

F... Edouard, 60 ans, jardinier, vu en avril 1937. Début le 13 novembre 1936 par une hémorragie intestinale : sang rouge, assez abondant, d'abord mêlé à des matières, puis pur. L'entérorragie se reproduit moins abondante deux à trois fois dans la journée.

Depuis lors, les selles sont par intervalles recouvertes de sang rouge. Pas de diarrhées ni de glaires. Quelques faux besoins.

Auparavant, jamais de troubles intestinaux. Anorexie électorale pour les viandes.

Antécédents. Fièvre typhoïde à 20 ans. Bronchite chronique. Pas de séjour aux colonies.

Sa femme a eu une fausse couche (dernière grossesse).

Deux enfants en bonne santé.

Un frère jumeau mort à la naissance ; un frère mort à 20 ans de pleurésie.

Rien de notable dans les antécédents héréditaires.

Examen clinique. — On note seulement quelques signes de bronchite diffuse.

Tension artérielle : 14-8 (Méthode auscultatoire).

Examen rectoscopique. — Le tube pénètre assez facilement et on le fait progresser jusqu'à 23 centimètres de l'anus. Dès qu'on est arrivé à 5 ou 6 centimètres de l'anus, on voit des proliférations polypeuses très nettes ; les polypes sont de la grosseur d'un pois chiche ; ils sont pédiculés ; quelques-uns sont séparés, d'autres sont agglomérés et forment des tumeurs relativement importantes. C'est surtout vers le quinzième centimètre que l'on voit ces agglomérations de polypes formant tumeurs. L'une d'elles, du volume d'une grosse prune, siège sur la face antérieure du rectum et gêne parfois la progression du rectoscope.

Ces polypes sont mobiles et la sous-muqueuse est intacte. Les parois rectales ne sont pas épaissies mais la progression du rectoscope fait saigner assez facilement les diverses proliférations rencontrées. On ne note pas d'hémorroïdes importantes.

Biopsie. — On est en présence d'un processus de polyposé sans réaction inflammatoire, ni transformation épithélio-mateuse.

Traitement. — Dix séances de diathermo-coagulation nettoient à peu près complètement l'intestin. Le malade n'a plus présenté d'hémorragies,

Il est revenu en consultation au mois de mai 1938.

Le syndrome intestinal caractérisé précédemment par des entérorragies a complètement disparu. L'état général est excellent. Le consultant a repris dix kilogs depuis la fin du traitement physiothérapique. On pratique une nouvelle rectoscopie. Le tube pénètre facilement jusqu'à 20 centimètres de l'anus. La muqueuse est lisse, souple, de coloration normale, sans ulcérations. On note seulement vers le dixième centimètre deux petits polypes de la grosseur d'un petit pois, facilement extirpables.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BAUMEL)

M... Emile, 38 ans, éleveur, vu le 13 avril 1937. Depuis deux mois, il présente un syndrome dysentérique avec quatre à cinq selles par jour, liquides, glaireuses et sanglantes. Pas de douleurs ni de faux besoins. Après un mois, les matières redeviennent moulées et les selles diminuent de fréquence; mais rapidement les accidents initiaux reparais-sent.

Le malade accuse une anorexie avec dégoût assez électif pour les graisses depuis un an environ.

Il n'a pas maigri et son état général demeure bon.

On ne note pas de troubles gastriques.

A signaler que depuis 1920 il avait remarqué l'existence d'un bourrelet anal non douloureux, saignant légèrement et qu'il réintégrait facilement dans la cavité rectale : il interprétait cette petite tumeur comme un paquet hémorroïdaire; elle a disparu depuis quelques années.

Antécédents. — A l'âge de 20 ans, il a fait un séjour de 18 mois à Constantinople. Il aurait eu alors quelques épisodes diarrhéiques très légers, dont un accompagné de selles sanglantes.

Femme et deux enfants en bonne santé.

Sa sœur est morte à 36 ans, quatre ans après une intervention chirurgicale qui a comporté l'établissement d'un anus artificiel : elle présentait des troubles intestinaux que le malade compare à ceux qu'il éprouve.

Examen clinique. — Négatif.

Poids : 59 kilogs 500.

Tension artérielle : 12-7 (méthode auscultatoire).

Toucher rectal. — La paroi est dure, infiltrée, mamelonnée et pourtant mobile jusqu'à 5 centimètres environ au-dessus du sphincter.

Au delà, après une sensation de ressaut assez nette, on ne perçoit point de modifications de la muqueuse.

Examen rectoscopique. — Le tube rectoscopique pénètre facilement. Dès qu'on se trouve au-dessus de la région sphinctérienne, on constate la présence d'ulcérations très nombreuses et de petits polypes sur la face postérieure et sur la face antérieure du rectum.

Ces proliférations ne dépassent pas une hauteur de 5 à 6 centimètres au-dessus du sphincter, puis on arrive sur une muqueuse saine.

Au quinzième centimètre à peu près, existe une néoformation assez volumineuse, mais mobile, sans atteinte de la sous-muqueuse et qui siège sur la face postéro-latérale droite. Au voisinage, la muqueuse paraît saine.

Biopsie. — Les fragments prélevés en diverses régions, montrent des lésions de polypose sans transformation cellulaire maligne ; les formations polypôides sont nettement

végétantes. A noter, en outre, des signes d'inflammation chronique.

Traitement. — Stovarsol par la bouche (0 gr. 25 par jour) et diathermo-coagulation des polypes. Huit jours après, le malade n'avait plus que trois selles encore noirâtres et légèrement glaireuses.

L'amélioration persiste jusqu'en novembre 1937. Cet homme revient alors en consultation ; il accuse des douleurs extrêmement vives dans la région ano-rectale à type de pesanteurs et d'élancements. Ecoulements sanguinolents par l'anus l'obligeant à se garnir. Les selles sont extrêmement pénibles.

Toucher rectal. — Il permet de percevoir une masse chaude, douloureuse, légèrement pulsatile, à 5 ou 6 centimètres de l'anus sur la face postéro-latérale droite du rectum.

Examen rectoscopique. — Il montre une masse rouge de la grosseur d'une noisette, à caractère d'abcès. La muqueuse environnante est légèrement enflammée. Il persiste quelques très rares polypes. Le malade est envoyé dans le Service de Chirurgie de M. le Professeur MASSABUAU. On le traite par des injections de Bactériophage de d'Herelle. Il en sort le 2 décembre 1937.

Une nouvelle rectoscopie, précédée d'un toucher rectal, montre une diminution très considérable de la masse inflammatoire.

On prescrit des pansements rectaux mucilagineux, de l'huile de paraffine et le malade rentre chez lui.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BAUMEL)

Mme B..., 40 ans, vue en avril 1936. Elle se plaint de troubles intestinaux depuis 17 ans, avec des crises à peu près annuelles survenant au printemps pendant deux mois et demi environ.

Au cours des poussées : douleurs abdominales, 12 selles par jour, peu abondantes, contenant des glaires sanguinolentes, faux besoins. Dans l'intervalle : une selle par jour, avec glaires et peaux, non sanglante.

Bon appétit, quelques nausées et vomissements bilieux. Amaigrissement notable.

Rien d'important dans les antécédents.

Examen clinique. — Langue saburrale. Légère sensibilité dans la fosse iliaque droite et surtout dans la fosse iliaque gauche où on perçoit une corde colique.

Examen rectoscopique. — On fait progresser le tube qui pénètre facilement jusqu'à 25 centimètres de l'an us. A une dizaine de centimètres de la région anale, on perçoit quelques polypes petits, de la grosseur d'un petit pois.

Certains sont réunis au nombre de cinq ou six, d'autres sont isolés. On ne voit pas d'ulcérations et la muqueuse est d'aspect normal dans l'intervalle des polypes.

Examen radiographique. — Lavement baryté : la colonne opaque pénètre facilement jusqu'au cæcum. L'opacité des différents segments coliques est à peu près normale, sauf dans la région du côlon sigmoïdien et dans la première portion du côlon transverse où il existe des spasmes très mar-

qués qui chassent le contenu baryté. Pas d'image lacunaire. Un nouveau cliché pris une fois le lavement rendu permet de voir les plis de la muqueuse : on se rend compte que dans la région sigmoïdienne il existe des polypes en quantité assez marquée.

Un troisième cliché après insufflation fait faire les mêmes constatations.

Examen des selles. — Ni kystes, ni parasites.

On propose un traitement par diathermo-coagulation qui n'est pas suivi par la malade.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BAUMEL)

M. G..., 38 ans, vient consulter le 17 février 1936 pour des troubles digestifs caractérisés par des selles diarrhéiques, sanguinolentes, avec épreintes, ténesme, et faux besoins.

Les selles sont au nombre d'une douzaine par jour ; le début apparent remonte à 4 ou 5 mois.

Un examen radiologique pratiqué avant que le malade vienne consulter avait montré des signes de colite.

Rien de notable dans les antécédents.

Examen clinique. — Langue sale.

Douleurs dans la fosse iliaque gauche avec corde colique à la palpation.

Toucher rectal. — Il permet de percevoir sur la partie antérieure du rectum une tuméfaction de la grosseur d'une noix, qui a tous les caractères d'une collection purulente.

Examen rectoscopique. — Le tube pénètre très douloureusement à travers le sphincter anal ; on le fait progresser jus-

qu'à 15 centimètres de l'anus. On constate l'existence de polypes disséminés sur toute la hauteur du rectum et arrivant jusque dans le côlon sigmoïde.

On voit ainsi plusieurs paquets; chaque polype est pédiculé, certains sont agglomérés, quelques-uns sont de la grosseur d'une noisette. Au retour, le passage à travers le sphincter anal est encore très douloureux et cependant il n'y a pas d'hémorroïdes importantes.

Examen des selles. — Ni kystes, ni parasites.

Biopsie. — L'examen de plusieurs fragments montre un processus de polypose avec des lésions de rectite subaiguë, caractérisée par une congestion intense de la muqueuse et de la sous-muqueuse avec diapédèse d'éléments inflammatoires divers, parmi lesquels dominent les lymphocytes et les polynucléaires.

Hémogramme :

Globules rouges : 3.500.000 par mm³.

Globules blancs : 8.800 par mm³.

Polynucléaires neutrophiles : 83,5 p. 100.

Polynucléaires éosinophiles : 1 p. 100.

Lymphocytes : 11 p. 100.

Moyens mononucléaires : 2,5 p. 100.

Grands mononucléaires : 2 p. 100.

Valeur globulaire : 1,1.

Anisocytose très légère, pas d'autres signes de réaction médullaire.

Traitement. — Ondes courtes ; extériorisation de la collection purulente. Celle-ci évacuée, le malade ne souffre plus et ne veut suivre aucun traitement.

OBSERVATION VIII

(*Consultation de Gastro-Entérologie*
de M. le Professeur BAUMEL)

R... Louis, 60 ans. Le début des troubles remonte à janvier 1938. Ce malade a accusé alors une diarrhée incoercible avec 20 selles par jour, sans hémorragies intestinales, sans épreintes ni ténésme, avec conservation de l'appétit.

Ni asthénie, ni amaigrissement. Dans la suite cette diarrhée a diminué spontanément.

Ce malade vient consulter en juillet 1938. Il n'a plus que trois ou quatre selles pâteuses par jour, mais les matières contiennent du sang rouge.

Pas de douleurs abdominales.

Pas de troubles dyspeptiques.

Dans les antécédents, on ne note pas d'épisodes diarrhéiques.

Examen clinique. — Malade édenté; abdomen souple, non douloureux, respirant bien.

Foie non augmenté de volume, rate non percevable.

La tension artérielle est de 12-8.

Rien à signaler par ailleurs.

Toucher rectal. — Il est douloureux et difficile par suite d'un certain degré de contracture de l'anus. Il semble qu'on perçoit à bout de doigt une masse résistante sur la face postérieure du rectum.

Examen rectoscopique. — Le rectoscope franchit difficilement le sphincter anal. On le fait pénétrer jusqu'à 15 centimètres de l'anus. Au quatorzième centimètre, on tombe

sur des tumeurs sessiles, de la grosseur d'un noyau de cerise, saignant au moindre contact.

Des prélèvements biopsiques sont pratiqués. L'examen anatomo-pathologique révèle la présence d'une polypose rectale évoluant nettement vers un état de proliférations précancéreuses.

Examen radiographique. — Il montre après ingestion de baryum et lavement opaque, une charnière recto-sigmoïdienne suspecte.

Analyses du sang.

Azotémie : 0 gr. 41.

Cholestérolémie : 2 gr. 20.

Les réactions sérologiques de la syphilis sont toutes négatives.

Analyse des selles. — Ni kystes, ni parasites dans les matières.

Traitement. — Le malade passe dans le service de M. le Professeur RICHE pour intervention chirurgicale.

OBSERVATION IX

(*Consultation de Gastro-Entérologie
de M. le Professeur BAUMEL*)

M... Gaston, 32 ans, envoyé par le *Service de M. le Professeur MASSABUAU* où il est hospitalisé depuis le 25 novembre 1937 pour selles sanglantes ayant débuté en septembre 1937.

Le malade vient consulter le 2 décembre 1937. Il a quatre ou cinq évacuations diarrhéiques et sanglantes par 24 heu-

res, avec parfois émission anales spontanées de sang pur et rouge.

Ni ténésme, ni épreintes. L'appétit est conservé.

Les digestions sont faciles.

Dans les antécédents de ce malade, on note seulement les maladies banales de l'enfance.

Sa femme est en bonne santé.

Quatre enfants et sept frères ou sœurs bien portants.

Examen clinique. — Il est entièrement négatif.

La tension artérielle est de 12-6,5.

Toucher rectal. — On perçoit seulement une ulcération peu profonde sur la face latérale droite de l'ampoule rectale.

Examen rectoscopique. — Le tube rectoscopique est introduit facilement jusqu'à 15 centimètres de l'anus. On voit sur la face latérale droite du rectum quelques proliférations pédiculées de la grosseur d'un petit pois.

La muqueuse avoisinante est souple.

On pratique des prélèvements de ces proliférations.

L'examen histologique conclut à une hyperplasie glandulaire adénomateuse en pleine transformation cancéreuse. Grande activité mitotique et amitotique.

Analyses du sang. — Urée du sérum : 0 gr. 24.

Temps de saignement et de coagulation : 0 gr. 24.

Réactions sérologiques de la syphilis : Wassermann et Hecht Bauer : douteux.

Les réactions de flocculation sont positives.

Analyse des urines. — Ni sucre, ni albumine.

Traitement. — On pratique l'exérèse du rectum. L'état général de ce malade est excellent. Il a actuellement repris son travail.

OBSERVATION X
(Consultation de Gastro-Entérologie
de M. le Professeur BAUMEL)

A... Victor, 30 ans. Le début des troubles remonte à août 1936. A ce moment, le malade a constaté un écoulement de sang rouge précédant les matières et les enrobant. Jamais d'émissions sanguines après la défécation. Pas de douleurs ano-rectales.

Guérison sans traitement : selles redevenues normales jusqu'au mois de juillet 1937.

A cette époque réapparition de sang rouge dans les matières; 4 à 5 évacuations diarrhéiques par jour avec épreintes et ténésme.

En outre, depuis le mois de novembre 1937, le malade accuse des douleurs à point de départ ano-rectal durant primitivement un quart d'heure et survenant le soir. Ces douleurs sont allées en s'accroissant. Elles durent maintenant (décembre 1937) toute la nuit et irradient vers les membres inférieurs.

L'appétit est conservé. On ne note pas d'amaigrissement.

Aucun antécédent pathologique intestinal n'est à signaler chez cet homme.

L'examen clinique est entièrement négatif.

La tension artérielle est de 14-8.

Le toucher rectal permet de percevoir de petites tumeurs sessiles, bourgeonnantes, principalement sur la paroi antérieure du rectum.

Examen rectoscopique. — On introduit facilement le tube rectoscopique jusqu'à 15 centimètres de l'anus.

A partir du cinquième centimètre, on note des proliférations bourgeonnantes, sessiles, plus nombreuses sur la paroi antérieure. Le processus tend à gagner les parois droite et gauche du rectum.

Le rectoscope franchit facilement ces portions pathologiques et arrive sur la muqueuse saine à 10 centimètres de l'anus.

Examen histologique. — L'étude des prélèvements pratiqués montre qu'on est en présence d'un épithélioma cylindrique pseudo-glandulaire. On voit dans un même champ des éléments d'adénomatose simple et des travées épithéliales cancéreuses.

Le malade a été perdu de vue.

OBSERVATION XI

(Consultation de Gastro-Entérologie
de M. le Professeur BAUMEL)

G... Jean, 62 ans. Ce malade vient consulter pour troubles intestinaux caractérisés par une diarrhée incoercible (12 selles par jour) ayant débuté en 1935. Au cours de chaque défécation, les matières sont peu abondantes ; elles sont suivies d'émissions de sang pur.

Pas de douleurs ano-rectales.

Bon appétit. Digestions faciles avec toutefois quelques ballonnements certains jours. Ni nausées, ni vomissements.

Amaigrissement très léger. Il n'y a pas d'asthénie.

Aucun antécédent pathologique digestif.

Examen clinique. — Entièrement négatif.

La tension artérielle est de 12-7.

Toucher rectal. Il ne fournit aucun renseignement intéressant.

Examen rectoscopique. Le tube rectoscopique pénètre facilement jusqu'à 17 centimètres de l'anus. Au douzième centimètre, on tombe sur des néoformations mobiles nombreuses, à type de polypes. Ces proliférations remontent assez haut vers l'anse sigmoïde.

On pratique des prélèvements, et l'analyse conclut à un épithélioma cylindrique très infiltrant doué d'une grande activité mitotique et amitotique. On note la coexistence d'éléments d'adénomatose simple.

Ce malade a refusé tout traitement.

Nous l'avons actuellement perdu de vue.

OBSERVATION XII

(Consultation de Gastro-Entérologie
de M. le Professeur BAUMEL)

G... Victor, 62 ans, envoyé par le Service de M. le Professeur MASSABUAU. Les troubles qu'il accuse remontent à 1934 et sont caractérisés par l'émission de quatre à cinq selles quotidiennes, diarrhéiques avec glaires et sang. Ces symptômes se sont répétés régulièrement chaque jour jusqu'au 15 février 1938. Ce malade a présenté à ce moment une hémorragie ano-rectale abondante (un petit bol) qui est apparue spontanément en dehors de toute selle et de tout effort. On ne note pas de ténésme, mais les épreintes sont fréquentes.

Les digestions sont faciles. Il n'y a pas d'amaigrissement.

Antécédents. — Poussées hémorroïdaires.

Pas de séjour aux colonies.

Examen clinique. — Entièrement négatif.

La tension artérielle est de 14-8.

Toucher rectal. — Il ne fournit aucun renseignement intéressant.

Examen rectoscopique. — Le tube rectoscopique est introduit facilement jusqu'à 20 centimètres de l'anus. Au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne, on note des proliférations polypôides pédiculées importantes, peut-être dégénérées.

Les parois sont souples.

Au vingtième centimètre, le rectoscope bute sur un obstacle qu'il ne peut franchir malgré une insufflation.

Examen histologique. — L'examen des prélèvements pratiqués au niveau des néoformations polypôides montre qu'on est en présence d'une polypose intestinale sans proliférations cellulaires malignes.

Examen radiographique. — La colonne opaque, introduite par lavement baryté butte sur un obstacle au-dessus de la charnière recto-sigmoïdienne.

Hémogramme:

Globules rouges : 3.100.000 par mm³.

Globules blancs : 6.800 par mm³.

Polynucléaires neutrophiles: 58 %. p. 100.

Polynucléaires éosinophiles et basophiles : 0 p. 100.

Grands mononucléaires: 2 p. 100.

Lymphocytes: 40 p. 100.

Taux de l'hémoglobine: 0,60. p. 100.

Valeur globulaire: 0,98.

Analyses du sang. — Azotémie: 0,58.

Les réactions sérologiques de la syphilis sont toutes négatives.

Quelques jours après notre examen, ce malade a présenté des phénomènes d'occlusion intestinale.

L'intervention a montré l'existence d'un néoplasme de la charnière recto-sigmoïdienne.

L'exérèse a été suivie d'une convalescence normale. Actuellement, cet homme est en excellente santé et ses évacuations intestinales se font correctement par un anus iliaque.

OBSERVATION XIII

M. T... Léopold, 34 ans — que nous avons pu suivre grâce à la bienveillance de M. le Professeur BAUMEL — accuse depuis le mois de mai 1938 des douleurs à type de coliques généralisées à tout l'abdomen et s'accompagnant d'émissions de matières mêlées à des glaires et à du sang rouge vif.

Dix à douze selles par jour, avec ténésme et épreintes.

Les digestions étaient alors difficiles et s'accompagnaient de ballonnements, d'éructations, de brûlures et d'une impression continue de plénitude gastrique. Les matières contenait d'ailleurs souvent des aliments intacts, tels que des pommes de terre, des carottes, des parcelles de viande.

Ce malade présentait enfin un certain degré d'amaigrissement.

Toutefois, il a pu vaquer à ses occupations jusqu'au 6 juin 1938.

A cette époque, il s'est alité, terrassé par une asthénie très marquée et un syndrome dysentérique extrêmement intense avec 20 à 25 selles sanglantes par jour, épreintes et ténésme.

L'amaigrissement constaté alors était vraisemblablement

dû à la maladie elle-même, mais surtout au régime très sévère (diète hydrique et lait) prescrit à la suite d'erreurs de diagnostic répétées qui faisaient traiter ce malade pour entérococolite muco-membraneuse.

A ce moment, différentes recherches avaient été pratiquées (analyse des selles, hémoculture), et s'étaient montrées toutes négatives.

Mis à un traitement à base de Stovarsol parce que ses médecins pensaient à une amibiase intestinale, une légère amélioration se dessine qui permet au malade de venir en consultation chez M. le Professeur BAUMEL le 20 septembre 1938.

Ce qui frappe alors, c'est avant tout l'extrême pâleur et l'état d'amaigrissement de cet homme qui font, au sens le plus strict des mots « retourner les gens sur son passage ». Il ne pèse plus que 41 kilogs et accuse une asthénie très marquée avec vertiges, sueurs froides, palpitations.

La marche n'est possible qu'à l'aide de deux cannes.

Le nombre des selles est moins important depuis l'emploi de Stovarsol et le syndrome dysentérique a nettement rétrocedé.

Toutefois, ce malade présente encore chaque jour quatre à cinq émissions de sang rouge, mêlé aux matières, avec quelques épreintes et faux besoins.

Les digestions sont toujours lentes et il existe une anorexie élective pour les graisses et les sauces.

Les autres appareils ne montrent aucune particularité à signaler.

La tension artérielle est de 12-8.

Antécédents personnels. — Pas de séjour aux colonies.

Quelques hémorroïdes externes qui ont cédé aux pomades habituelles.

Aucun passé pathologique intestinal.

Antécédents familiaux. — Père ayant eu une affection intestinale non précisée, mais mort d'une septicémie consécutive à une piqûre accidentelle. Mère en bonne santé.

Cinq frères ou sœurs en bonne santé.

Examen clinique. — Teint blafard. Amaigrissement très marqué.

Langue saburrale. Denture normale.

Ventre en bateau. Pas de douleur au plexus solaire.

Rien dans les hypochondres.

Fosses iliaques normales; pas de Mac Burney; pas de corde colique.

Foie non-augmenté de volume.

Rate non percutable.

Rien aux autres appareils.

Toucher rectal. — Il permet de percevoir à bout de doigt des masses assez dures, mobiles, du volume d'un noyau de cerise.

Examen rectoscopique. — Le tube rectoscopique pénètre facilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. On le fait progresser sous le contrôle de la vue jusqu'à 22 centimètres de l'anus. Sur tout ce trajet, le rectum et les parois sigmoïdiennes sont remplis de polypes plus ou moins importants. Ces polypes sont en général pédiculés, et ils saignent avec une très grande facilité.

Examen histologique. — L'examen histologique des fragments envoyés montre qu'on est en présence d'une polypose simple sans transformation cancéreuse. La sous-muqueuse est indemne de toute infiltration néoplasique.

On note une infiltration leucocytaire importante. Pas d'inflammation spécifique.

Examen radiologique. — Lavement baryté.

La tête de colonne opaque pénètre bien dans le rectum et remplit normalement le cadre colique le long duquel on

ne voit pas d'image lacunaire, mais qui est le siège d'un spasme assez marqué au niveau du côlon transverse. Le cæcum n'est pas gros; l'appendice n'est pas sensible.

En examinant le cliché ainsi pris, on se rend compte qu'il existe des zones d'opacité variable qui traduisent bien l'existence des polypes vus rectoscopiquement.

On prend une nouvelle radiographie, le lavement étant rendu. On constate alors qu'il existe des polypes au niveau du côlon descendant et qu'ils remontent jusqu'au niveau du premier tiers du côlon transverse.

Examens de Laboratoire :

Temps de saignement : 1 minute.

Temps de coagulation: 6 minutes.

Rétractilité du caillot: normale. Signe du lacet négatif.

Globules rouges: 3.072.000 par mm³.

Globules blancs : 21.400 par mm³.

Plaquettes: 171.000.

Hémoglobine: 75 p. 100.

Valeur globulaire: 1,25.

Polynucléaires neutrophiles: 66,5 p. 100.

Polynucléaires eosinophiles: 3,5 p. 100.

Polynucléaires basophiles: 0 p. 100.

Grand mononucléaires: 1 p. 100.

Lymphocytes: 29 p. 100.

Traitement. — On prescrit des séances de diathermo-coagulation à raison d'une séance par semaine.

En outre, on fait prendre au consultant, trois fois par semaine, au moment de se coucher, des pansements rectaux mucilagineux.

Enfin, on met ce malade à un régime d'où sont seulement bannis les crudités, les épices, etc.

L'état général devient somptueux; la reprise de poids atteint 28 kilogs en deux mois.

Une rectoscopie montre alors un rectum complètement nettoyé ; un léger incident toutefois : il s'est formé un rétrécissement rectal, mais la dilatation diathermique progressive en vient rapidement à bout.

De l'ensemble de ces observations, il résulte que si la polypose intestinale est une affection relativement rare, il n'en faut pas exagérer la rareté. « On a publié en France peu d'observations de polypose intestinale, ce qui, à tort, conduit à conclure à la rareté de la maladie » (HORAND).

Nous allons essayer maintenant de tirer des observations que nous rapportons, quelques directives pratiques concernant :

- 1° L'étiologie de la Polypose Rectocolique.
 - 2° Sa pathogénie ;
 - 3° Sa symptomatologie ;
 - 4° Les recherches de contrôle nécessaires pour arriver à son diagnostic ;
 - 5° Son évolution et ses complications ;
 - 6° Son traitement.
-

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Depuis les travaux de BENSAUDE et AUGIER, il est d'usage de distinguer une polypose essentielle et une polypose secondaire, le critère de cette distinction étant, à notre avis, basé surtout sur l'examen rectoscopique et le toucher rectal qui mettent en évidence dans les formes secondaires un certain degré de congestion et d'infiltration de la paroi, alors que dans la forme essentielle la muqueuse, dans l'intervalle des polypes, est souple et intacte.

L'étude de nos observations, en nous montrant l'extrême fréquence de la polypose essentielle (12 cas) par rapport à la polypose secondaire (1 cas), indique bien tout l'inconnu qui préside à l'apparition de cette affection.

En outre, même dans les cas de polypose secondaire, il est souvent difficile d'établir une corrélation entre une infection déterminée et l'apparition des polypes, car le début clinique ne correspond pas au début anatomique de l'affection: nous voyons en effet des troubles intestinaux datant de quelques semaines, coexister avec une dissémination des proliférations sur tout le côlon. Et en définitive, à de très rares exceptions près, nous pouvons dire que l'étiologie de la polypose nous échappe.

Peut-être, par contre, pouvons-nous expliquer l'apparition du syndrome clinique par une cause occasionnelle telle qu'une érosion infectante de la muqueuse, ce qui ferait comprendre la fréquence des lésions inflammatoires banales surajoutées.

La notion d'âge est intéressante à souligner. La polypose est une maladie de l'adulte jeune, ou plus exactement de l'homme jeune, puisque sur 13 de nos malades, 12 sont des hommes dont 7 ont moins de 40 ans.

Il est classique enfin de parler du caractère familial de la polypose signalé par CRIPPS en 1882, et illustré par les exemples de SAUERBRUCH et surtout de JUNGling, qui rapporte l'histoire d'une famille dans laquelle, sur trente membres appartenant à trois générations, on a relevé dix cas de polypose simple et cinq cas de polypose compliquée de cancer. Pour notre part, nous ne l'avons rencontré qu'une fois (Observation V).

Nous pouvons résumer ces caractères étiologiques dans le tableau suivant :

AGE	POLYPOSE EN GENERAL	POLYPOSE ESSENTIELLE	POLYPOSE SECONDAIRE
20 à 30	3	3	0
30 à 40	4	3	1
40 à 50	0	0	0
50 à 60	6	6	0
Hommes	12	11	1
Femmes	1	1	0

CHAPITRE II

PATHOGENIE

Trois groupes de théories essaient d'expliquer l'apparition de cette affection. Aucune, il faut le reconnaître, ne résiste à la critique.

I. — LES THEORIES INFLAMMATOIRES

Certains auteurs mettent la polypose intestinale sur le compte de la présence dans l'intestin de parasites ou d'éléments microbiens divers. Ils invoquent à l'appui de cette idée, l'existence d'une polypose chez des individus atteints de bilharziose ou d'amibiase intestinales.

Mais on est frappé de la rareté de la polypose par rapport à la fréquence de la bilharziose et surtout de l'amibiase.

D'autres auteurs, RUFFER en particulier, incriminent sans plus de succès les oxyures.

Enfin, en raisonnant par analogie avec les papillomes, les verrues vulgaires de la peau, dont les extraits salins passés à travers un filtre de Berkefeld demeurent infectants,

on a envisagé l'hypothèse d'un virus filtrant qui conditionnerait la polypose intestinale.

Mais, d'après CARNOT, FRIEDEL et FROUSSART, pour que ces différents agents microbiens, quels qu'ils soient, puissent créer une polypose, « il faut que la muqueuse soit préalablement ulcérée ».

LEVEUF et ODRU critiquent cette manière de voir avec raison, semble-t-il.

II. — LES THEORIES IRRITATIVES

Soutenues par OBERNDORFER et SEYTER, qui incriminent une irritation chimique de la muqueuse par des substances formées au cours des fermentations et des putréfactions des fèces, puis par SCHWAB et SCHNOLLER, qui insistent sur le rôle de la stase intestinale, cette théorie est également très discutable.

Ici encore, on est frappé de la rareté de la polypose à côté du nombre considérable des individus chez lesquels on rencontre ces causes d'irritation.

III. — THEORIE CONGENITALE

Elle s'appuie:

- a) Sur le caractère familial de la polypose;
- b) Sur la précocité habituelle de cette affection;
- c) Sur la présence de malformations associées.

Mais, sans mettre en doute le caractère familial de la polypose noté par de nombreux auteurs, nous n'en avons ob-

servé qu'un cas sur les treize malades que nous avons étudiés.

D'autre part, nous n'avons jamais vu de malformations coexistantes.

Enfin, chez six de nos consultants, la polypose s'est manifestée tardivement. L'un d'eux a commencé à accuser des troubles intestinaux à 60 ans. On comprend mal comment des lésions congénitales ont pu mettre aussi longtemps à se révéler.

On en est alors arrivé non plus à considérer la polypose comme étant due à une lésion congénitale, mais simplement à une prédisposition congénitale, à une diathèse, comme le disent DEVIC et Bussy à propos de certains malades qui peuvent présenter, en même temps qu'une polypose intestinale, des adénomes multiples de différents organes (corps thyroïde, etc.).

On conçoit toute l'imprécision de ce terme.

En résumé, aucune de ces théories n'est satisfaisante.

Tout au plus peut-on expliquer par l'une ou l'autre, certains cas de polypose.

Aucune ne peut expliquer l'apparition de la polypose en général.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Quels sont les signes cliniques qui nous permettent d'arriver au diagnostic de polypose intestinale?

En premier lieu, les évacuations dysentériques. C'est le symptôme dominant. Les selles sont plus ou moins liquides, plus ou moins colorées, mousseuses et très fétides.

Leur nombre est variable suivant que le malade est en période de rémission ou de crise. Certains de nos consultants ont eu jusqu'à 20 et 25 selles par jour, peu abondantes, véritables « crachats rectaux ».

Ces évacuations s'accompagnent d'épreintes, de ténésme, de faux besoins fréquents avec pesanteurs ano-rectales, le tout évoluant par poussées au cours desquelles les troubles intestinaux se manifestent ou s'exagèrent.

Les périodes de sédation durent généralement quelques mois, plus rarement quelques semaines.

L'apyrexie est habituelle, mais pas absolument constante.

Un autre signe capital est l'entérorragie. Le sang peut précéder les selles, mais le plus souvent il est associé aux matières.

Dans certains cas enfin (Observation IV), cette entérorra-

gie constitue à elle seule toute la symptomatologie de la polypose intestinale.

L'abondance des hémorragies conditionne l'état général du malade et l'intensité de l'anémie qui peut être extrême dans certains cas et prendre le type d'une anémie pernicieuse rapidement mortelle (Obs. I) (1).

Nous notons, dans quelques-unes de nos observations (II, IV, V, VI, XI, XIII), des troubles dyspeptiques banaux caractérisés par de l'anorexie, du dégoût pour les graisses, des nausées et quelques vomissements. Mais jamais, nous ne retrouvons une symptomatologie à prédominance nettement gastrique avec crises douloureuses épigastriques, hématé-mèses et vomissements, ainsi que l'ont rapporté certains auteurs.

Donc, syndrome dysentérique et hémorragies avec, parfois, quelques troubles dyspeptiques réflexes constituent les signes cliniques essentiels de la polypose.

Mais ces symptômes n'ont rien de spécifique; on les rencontre dans tous les processus inflammatoires de l'intestin tels que la rectocolite ulcéro-hémorragique, les dysenteries et les rectites diverses. On les observe aussi chez les malades porteurs de tumeurs malignes de l'intestin, de tumeurs vil-leuses, d'angiomes, voire même d'hémorroïdes.

Et il ne faut généralement pas compter, pour établir le diagnostic, sur les signes directs de la polypose, tels que l'is-

(1) L'explication de cette entérorragie a donné lieu à de nombreuses discussions à la suite des travaux de DECHAMBRE.

Tout à tour, Daniel MOLLIERE, BOH, NOBECOURT, FELIZET, BRANCA, ont incriminé les polypes eux-mêmes, la muqueuse intestinale ou même parfois les polypes et la muqueuse.

Mocquot a repris cette question et a établi de façon certaine, en se basant d'une part sur la vascularisation très importante des polypes, d'autre part sur le résultat de leur ablation, que les polypes et les polypes seuls sont à la base de l'écoulement sanguin.

sue de polypes par l'anus (Observation V) ou la perception de tumeurs multiples à travers la paroi abdominale. De ce fait, la seule clinique est insuffisante.

Sur quels examens complémentaires devons-nous donc asseoir notre diagnostic ?

Tout d'abord sur le toucher rectal.

Le toucher rectal terminé, le doigt retiré de l'anus est, presque toujours, souillé de sang et de mucus.

Mais cet examen est aveugle; d'autre part, le champ d'exploration du doigt est limité. Aussi, doit-on toujours recourir à l'endoscopie, qui constitue l'étape indispensable pour arriver au diagnostic de polypose.

CHAPITRE V

LA RECTOSIGMOÏDOSCOPIE

L'importance de la rectosigmoïdoscopie dans le diagnostic de la polypose tient à ce que cette affection a pour siège de prédilection les portions les plus inférieures du gros intestin.

Même dans les cas de polypose généralisée, le rectum est, presque toujours, la région la plus riche en proliférations.

Enfin, si nous considérons l'extension du processus, le plus souvent son point de départ est situé dans la partie terminale du tractus intestinal.

La technique de la rectosigmoïdoscopie est simple.

On administre au malade, une heure avant l'examen, deux lavements d'eau tiède d'un litre environ.

Quand ceux-ci sont évacués, on fait placer le sujet en position genu-pectorale, le dos creusé, la joue droite reposant sur la table d'examen et les bras pendant de chaque côté de cette table.

On introduit dans l'anus le rectosigmoïdoscope muni de son mandrin et vaseliné copieusement.

On franchit ainsi le sphincter anal et on arrive dans l'ampoule rectale. On retire le mandrin; on le remplace par la tige porte-lumière et on avance, sous le contrôle de la vue,



Image endoscopique d'une polypose rectocolique essentielle
(D'après BENSUADE et AUGIER)

CHAPITRE VI

LA BIOPSIE

La technique de l'examen biopsique est simple ; seules quelques précautions s'imposent.

Il faut éviter tout d'abord d'effectuer des prélèvements au voisinage des ulcérations ou des hémorroïdes coexistant avec la polypose, ce qui exposerait à des hémorragies difficiles à enrayer.

Enfin il convient d'opérer prudemment pour ne pas perforer la paroi rectale qui est mince et parfois friable.

On procède de la manière suivante :

Le malade est préparé comme pour un examen rectoscopique simple.

Tout emploi médicamenteux local est proscrit deux ou trois jours auparavant. Aucune anesthésie n'est nécessaire.

Pour pratiquer les prélèvements, si la lésion est loin de l'anūs, on utilise habituellement un tube rectoscopique de 22 millimètres de diamètre. Par son intermédiaire, une pince de BRUNINGS arrive au niveau des proliférations sur lesquelles vont porter l'examen.

Cette pince est constituée par deux petites cuillères à bords tranchants, situées au bout de deux minces tubes ri-

Mais bien souvent la polypose ne reste pas à ce stade de tumeurs bénignes, et évolue vers les états cancéreux. Notre statistique qui donne une proportion de 46 p. 100 de dégénérescences malignes concorde avec les chiffres communément admis (1).

Pouvons-nous prévoir la possibilité de l'évolution maligne d'une polypose intestinale ?

FORSTER prétend que les adénomes à pédicule court subissent plus facilement la dégénérescence néoplasique.

De son côté, SOPER considère que la dégénérescence cancéreuse est plus fréquente dans le rectum que dans le côlon.

Mais ces distinctions sont trop schématiques.

Les études les plus poussées de la dégénérescence néoplasique des polypes sont dues à SMIEDEN et WESTHUES.

Ces auteurs ont pensé trouver dans la présence de cellules sombres au milieu des cellules épithéliales de certains polypes l'élément de suspicion de malignité.

Malgré leurs efforts, rien de définitif n'a été établi.

La présence de cellules sombres est un critère de possibilité, mais non de certitude, et on doit considérer ces con-

(1) Nous ne retenons pas la théorie soutenue par CZERMAK qui fait des polypes intestinaux non la cause, mais la conséquence des cancers de l'intestin.

En effet, même dans l'Observation XII qui paraît à première vue la plus justiciable de cette explication puisque, au-dessous d'un cancer de la charnière recto-sigmoïdienne nous avons trouvé des polypes non dégénérés, il nous est impossible de considérer le cancer comme la lésion initiale, car le malade présentait des troubles intestinaux depuis plus de quatre ans quand nous l'avons vu, et à l'intervention, on est tombé sur une tumeur facilement extirpable.

clusions avec la plus grande prudence (BENSAUDE, AUGIER, LECENE, LUBARSCH).

On est même allé (POUJOL, MAURY, J. MONTPELLIER) jusqu'à refuser nettement toute signification à la présence de ces cellules sombres, en se basant sur ce fait qu'on les trouve souvent avec des caractères identiques dans les polypes solitaires de petit volume, à pédicule étroit, qu'il est fréquent de rencontrer chez de jeunes enfants et dont on connaît l'ordinaire bénignité puisque, le plus souvent, ils ne récidivent pas après ablation par simple arrachement.

Quoi qu'il en soit, un fait demeure : c'est l'importance de la transformation cancéreuse des polypes ; importance si grande qu'elle constitue, d'après MENETRIER « le nœud de la question pathogénique du cancer de l'intestin ».

Mais les étapes de cette évolution nous échappent, et en présence d'une polypose déterminée, il nous est impossible, même avec le concours de l'examen biopsique, de porter un pronostic à longue échéance.

Il est donc indispensable de soumettre les malades à une surveillance rigoureuse au cours de laquelle il ne faut pas craindre de multiplier examens et prélèvements afin de dépister l'apparition des premiers éléments néoplasiques.

On voit ainsi toute l'importance de la biopsie en matière de polypose intestinale; elle préside au diagnostic, impose le pronostic et décide du traitement de cette affection.

Mais la biopsie et l'examen rectoscopique qu'elle complète, tout en restant les éléments essentiels du diagnostic de la polypose intestinale et de ses complications, sont souvent insuffisants.

En effet, tout d'abord bien que le lieu d'élection des polypes de l'intestin soit la région recto-sigmoïdienne, on a signalé la présence de proliférations polypeuses aux différents étages du tractus intestinal (MANDILLON, DIERING et

caractéristique très nettement dans les observations I, II, III et XIII.

Après évacuation de la substance opaque et insufflation d'air, nous avons vu les masses polypeuses trancher nettement sur le fond clair de l'intestin dans les Observations III, VI et XIII.

La radiographie a montré l'extension de la polypose à tout le côlon (Observation I).

Au côlon sigmoïde et à une partie du transverse dans l'Observation XIII.

A la partie haute sigmoïdienne dans les Observations II, III, VI.

A la charnière recto-sigmoïdienne et au rectum dans les Observations VIII et XII.

Tout récemment (mai 1938) RENAUX a présenté devant la Société de Médecine de Paris une série d'excellentes radiographies obtenues avec sa méthode d'examen en trois temps, utilisant un appareil d'aspiroclyse modifié.

1° Un lavement opaque de baryte isotonique est administré sous le contrôle de la scopie par pulsions intermittentes en synchronisme avec les contractions antipéristaltiques.

2° Le lavement est évacué par quelques manœuvres d'aspirations sans que le malade quitte la table.

3° Les trois quarts de la baryte sous contrôle de la scopie et de manomètres spéciaux sont remplacés par quelques décilitres d'air qui permettent d'étudier la muqueuse intestinale.

Enfin certains auteurs ont recours à l'examen radiographique par la méthode de l'imprégnation colloïdale, à l'aide des sels de thorium le plus souvent.

L'administration de ces substances doit être précédée d'un véritable décapage de la muqueuse par des lavages répétés.



Radiographie après insufflation intestinale
due à l'obligeance de M. le Professeur BAUMEL.

Les ombres polypeuses ont été très exagérées et tranchent
sur le fond clair du cliché (Obs. III)



Radiographie après évacuation du lavement baryté
due à l'obligeance de M. le Professeur BAUMEL

Les contours des polypes ont été considérablement accentués
(Obs. XIII)

La technique comprend encore trois temps :

1° Examen après répletion intestinale.

2° Examen après évacuation du lavement, donc en collapsus.

3° Examen après insufflation.

Ce procédé permet parfois de voir des polypes intestinaux passés inaperçus lors d'un examen par lavement baryté et met remarquablement en évidence la structure des plis de la muqueuse, variable suivant que le malade est en période de sédation ou de poussée (MAINGOT, SARASIN et DUCLOS).

Ainsi nous le voyons, le diagnostic de la polypose intestinale comprend trois temps :

Le premier indispensable : le toucher rectal et la rectosigmoïdoscopie.

Le deuxième important : la biopsie.

Le troisième utile : la radiographie (professeur BAUMEL).

CHAPITRE VIII

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

Le pronostic de la polypose intestinale est sombre. En effet, abandonnée à elle-même, cette affection évolue vers la mort par poussées, après un temps variable compris entre deux et trente ans.

Pendant ces poussées, les troubles fonctionnels s'exagèrent, les selles augmentent de fréquence, les hémorragies deviennent plus nombreuses et plus importantes.

Les malades en arrivent bientôt à un état de cachexie extrême au cours duquel on peut observer des œdèmes d'efforts ou permanents, de l'hippocratisme digital en dehors de toute lésion respiratoire ou cardio-vasculaire (Observation III), enfin une anémie plus ou moins intense qui peut, suivant l'abondance des pertes de sang, prendre le type d'une anémie pernicieuse avec glossite de HUNTER et déglobulisation marquée résistant à toute thérapeutique (Observation I).

Au cours de cette évolution, nous avons noté deux sortes de complications :

Les unes de pronostic relativement bénin. — Ce sont les complications infectieuses que nous avons observées deux fois (V et VII).

Ces deux malades qui présentaient une collection purulente du rectum avec fièvre et phénomènes locaux importants ont été rapidement guéris l'un par simples lavages au bactériophage de d'HERELLE (V), l'autre par incision (VII).

Les autres de pronostic très sombre. — Elles comprennent :

a) L'occlusion intestinale, habituellement due à une invagination intestinale, ou plus rarement à l'accroissement du volume des polypes qui diminue d'autant le calibre de la lumière intestinale.

b) Et surtout la transformation cancéreuse de la polypose, qui est la complication la plus grave et la plus fréquente.

Sa cause nous échappe. On a vu des polypes du rectum évoluer pendant trente ans sans aucune altération, malgré des causes d'irritation extrêmement importantes (GUTH).

Notre malade de l'Observation II présentait des troubles intestinaux depuis 26 ans quand nous l'avons examiné. Or, nous n'avons pas pu mettre en évidence le moindre caractère de malignité de ses formations polypeuses.

Par contre plusieurs fois nous avons noté une évolution maligne quelques mois seulement après l'apparition des troubles intestinaux.

Quoi qu'il en soit, la possibilité de cette dégénérescence maligne domine pratiquement le pronostic de la polypose intestinale et doit nous guider dans la conduite de notre thérapeutique.

La majorité des auteurs (AUGIER et SCHOTTLER) situent aux environs de 50 p. 100 la fréquence de cette transformation.

C'est aussi notre chiffre puisque nous l'avons observée chez six de nos malades, soit exactement dans 46 p. 100 des cas.

Cette transformation se voit à tous les âges. L'un de nos

consultants avait 30 ans ; un autre 32 ans ; 4 enfin avaient dépassé 55 ans. Le plus souvent, elle se fait à bas bruit, les malades revenant pour ce qu'ils croient être une simple poussée évolutive (Observation III).

Dans des cas plus rares (Observation XII) elle se traduit par des symptômes de subocclusion intestinale.

On voit donc que la symptomatologie de la transformation maligne des polypes intestinaux est délicate à interpréter.

Pour arriver au diagnostic il est nécessaire de s'appuyer sur des examens complémentaires.

Le toucher rectal, qu'il faut toujours pratiquer, est d'une grande utilité pour le diagnostic des polypes dégénérés bas situés.

On perçoit dans les cas typiques une masse dure, ulcérée ou végétante, saignant au moindre contact et s'accompagnant d'infiltration des parois intestinales.

Dans les autres cas, le diagnostic est basé sur l'examen rectoscopique qui montre des polypes à surface irrégulière, durs, sanguinolents, qui, fait capital, empêchent la progression du tube.

L'insufflation complète toujours utilement l'endoscopie et met en évidence la rigidité de la paroi intestinale.

Mais quelquefois malgré la rectoscopie et malgré une grande pratique de ce mode d'investigation, le diagnostic est difficile à affirmer de visu.

C'est alors qu'on demande à la biopsie d'apporter les éléments de certitude caractérisés par la coexistence d'une part de cellules normales tantôt hautes et allongées avec noyau régulier et petit, tantôt sphériques ou cylindriques, disposées dans tous les cas dans un ordre parfait contre une base intacte, d'autre part de cellules cubiques, irrégulières, à noyaux monstrueux souvent multiples, dilacérant la membrane basale, et extrêmement envahissantes,

Enfin, il ne faut jamais négliger l'examen radiographique en employant de préférence la méthode de l'imprégnation colloïdale. En effet, si le diagnostic de dégénérescence est établi, il permet d'en apprécier l'extension vers le cæcum.

Dans le cas contraire, il peut à lui seul faire porter le diagnostic de transformation maligne, en montrant, outre la rigidité de la paroi et l'absence de plis à ce niveau, des aires tumorales non homogènes (MAINGOT, SARASIN et DUCLOS).

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Il comprend deux étapes :

1° Le traitement des polypes.

2° Le traitement des symptômes et des complications.

Le traitement des polypes diffère suivant qu'il s'agit d'une polypose essentielle ou d'une polypose secondaire.

A) *La polypose rectocolique essentielle.*

I. — *Le traitement des polypes* varie selon qu'on est en présence d'une polypose localisée ou d'une polypose généralisée.

1° *Polypose localisée.*

Deux cas sont à considérer :

a) Les polypes sont bas situés.

b) Les polypes dépassent le champ d'investigation du rectoscope.

Si les polypes sont situés à moins de 25 ou 30 centimètres de l'anūs, on utilise la diathermo-coagulation seule.

S'ils remontent plus haut, on emploie la diathermo-coagulation associée à la résection de l'anse malade. On nettoie la partie inférieure du tractus intestinal par diathermo-coagulation, puis on pratique soit une résection avec anus provisoire et rétablissement du cours des ma-

tières, soit une résection rectosigmoïdienne avec anus terminal.

Le pronostic de la polypose essentielle localisée est favorable, le traitement que nous venons de schématiser donnant le plus souvent de bons résultats.

Comment pratiquer la diathermo-coagulation des polypes?

Le malade est placé en position gènu-pectorale. L'anesthésie est inutile.

On introduit le rectoscope, et une pince de BRUNINGS à tige isolée ou mieux une pince diathermique de MARCHAND arrive grâce à lui au niveau des proliférations polypeuses.

Si celles-ci sont sessiles, on les fait disparaître par la coagulation point par point de leur surface.

Si elles sont pédiculées, on saisit leur corps avec une des deux pinces dont nous venons de parler, on les soulève pour dégager leur pédicule, et on établit le courant avec une intensité de un demi-ampère environ qu'on laisse passer pendant une dizaine de secondes.

Au bout de ce temps, on voit le pédicule blanchir et se coaguler. L'opération se fait sans douleur et sans hémorragie.

Aucun risque de récurrence, d'hémorragies secondaires ou d'infections n'est à redouter.

La cicatrisation dure une quinzaine de jours; la cicatrice est souple, à peu près invisible.

Nous avons parlé précédemment de la pince diathermique de MARCHAND. De quoi se compose-t-elle? Comment l'utilise-t-on?

Elle comprend un manche isolant en ébonite ayant la forme d'une poignée de revolver. Sur cette poignée sont fixés: d'une part un appareil d'éclairage transmettant ses

rayons par l'intermédiaire du rectoscope sur le champ à opérer; d'autre part, la pince proprement dite, qui n'est autre qu'une pince de BRUNINGS isolée.

Cette pince de MARCHAND constitue l'électrode active.

Une électrode indifférente est placée dans le dos du malade.

Le courant arrive par le manche de la pince, traverse la tige et arrive au pédicule du polype qu'il coagule.

Les résultats thérapeutiques, surtout dans les cas de polypose limitée au champ d'exploration du rectoscope, sont extrêmement intéressants.

2° *La polypose généralisée.*

Elle s'oppose à la polypose localisée par sa plus grande gravité.

Sa thérapeutique est décevante. On a essayé successivement :

Le traitement médical. — Il est à lui seul complètement inactif.

Le traitement médical associé au traitement chirurgical.
— LEVEUF, ODRU, ERDMANN, WHEELER en ont été les promoteurs.

Le premier temps est constitué par l'exclusion du gros intestin, le deuxième par une thérapeutique à base de chlorure de magnésium per os et en lavages intestinaux.

Il ne semble pas qu'on doive retenir cette méthode; le plus souvent en effet, on est obligé de recourir par la suite, à la résection colique.

Restent les traitements physiothérapiques et chirurgicaux.

a) Les traitements physiothérapiques.

La Radiothérapie.

Quelques essais ont été tentés à la suite d'AUBERTIN et BEAUJARD (1912).

Successivement BENSAUDE, HULLSIEK, FISCHER ont eu recours à elle.

M. le Professeur BAUMEL lui-même, a traité le malade de l'observation I par des séances radiothérapiques (9 séances pour une dose totale de 2.250 R.).

Les résultats, il faut le dire, ont été décevants.

Le malade d'AUBERTIN et BEAUJARD, après une amélioration de quelques années, succomba à un cancer du côlon.

Sur les deux malades de BENSAUDE, un mourut sans avoir présenté d'amélioration; le deuxième fut perdu de vue après qu'on eut constaté chez lui une régression nette des troubles qu'il accusait précédemment.

Les malades de HULLSIEK et de FISCHER succombèrent à une évolution néoplasique.

Le malade de l'Observation I enfin, présenta une ébauche d'amélioration qui dura un mois environ; mais elle fut sans lendemain et la mort survint au cours d'une syncope.

La Curiethérapie.

Ses effets paraissent plus immédiats sur la polypose intestinale. BENSAUDE et CONSTANTIN, qui l'employèrent les premiers en 1916, obtinrent tout d'abord un résultat excellent chez une jeune fille de 16 ans. On ne peut malheureusement pas suivre cette malade, qui succomba quelques années plus tard à une crise d'occlusion restée inexpliquée.

En 1925, WHEELER eut, semble-t-il, un succès par l'association de la curiethérapie et du traitement chirurgical.

Toutefois ces résultats sont trop inconstants pour que nous puissions les retenir.

b) Le traitement chirurgical. En quoi consiste-t-il ? Que vaut-il ?

On a essayé successivement deux sortes d'intervention :

L'exclusion colique d'une part; la colectomie totale d'autre part.

L'exclusion du côlon.

Elle est difficile à réaliser. L'anus cæcal donne en effet une exclusion incomplète. Il est donc à rejeter malgré un succès que lui devrait ESSER.

Même dans les cas où l'exclusion absolue est réalisée, comme ERDMANN le fait en abouchant la partie terminale de l'iléon au-dessus du pubis, les résultats sont nuls et il faut recourir à la colectomie.

Il semble donc que la *colectomie* soit l'intervention de choix.

Devons-nous pratiquer une colectomie partielle ou une colectomie totale?

La colectomie partielle, essayée par CARROLL (colectomie droite) et par WHEELER (résection du colon pelvien) chez des malades présentant une polypose diffuse plus marquée sur un segment de l'intestin, doit être complètement abandonnée (LEVEUF).

Le seul traitement logique de l'affection est donc la colectomie totale, effectuée en un temps ou en deux temps.

D'après les statistiques de LEVEUF, il semblerait préférable de pratiquer l'intervention en un temps.

Mais de grosses difficultés se dressent devant le chirurgien, en rapport, d'une part avec le choc opératoire très intense, et d'autre part avec l'état de faiblesse extrême du malade.

Aussi, comme le reconnaît LEVEUF, est-il plus sage d'intervenir en deux temps.

On réalise d'abord l'exclusion du côlon, suivie de lavages au chlorure de magnésium.

Si on n'obtient pas d'amélioration, et c'est le cas le plus fréquent — on procède ensuite à la résection colique.

Malgré toutes ces précautions, la mortalité est impor-

tante, et les risques persistent après l'intervention, car les sutures d'abouchement du filéon sur la sigmoïde couverte de polypes, donc friable, peuvent lâcher.

Aussi en est-on arrivé à proposer le nettoyage préalable de la rectosigmoïde pour faire un abouchement en tissu sain.

Et en définitive, l'intervention comprend :

1° La diathermo-coagulation des polypes situés à portée du rectoscope;

2° L'exclusion du côlon;

3° La colectomie totale.

Le Professeur HAMANT, de Nancy, a appliqué avec un plein succès ce traitement chez une malade de 19 ans, présentant une polypose rectocolique avec hémorragies graves et diarrhées profuses.

Le 10 janvier 1934, diathermo-coagulation aussi haute que possible de tous les polypes emplissant la rectosigmoïde.

Le 28 février 1934: iléosigmoïdostomie.

Le 3 avril 1935, colectomie totale.

Cette malade a été revue à plusieurs reprises. Il n'y a pas de nouveaux polypes au niveau du rectosigmoïde restant. Ni hémorragies, ni diarrhées. L'état général est satisfaisant. Les évacuations intestinales sont normales.

En un mot, les résultats sont extrêmement brillants.

Il semble que ce soit là la meilleure technique d'une thérapeutique grave entre toutes. Des résultats tels que celui qu'a obtenu le Professeur HAMANT dictent notre ligne de conduite. La polypose généralisée étant une affection mortelle nous n'avons pas le droit d'abandonner nos malades sans leur avoir fait courir la seule chance de guérison dont nous disposons.

Mais, il faut bien le dire, la condition du succès est dans le diagnostic précoce et trop souvent nous voyons les malades dans un état si précaire qu'il serait insensé de tenter sur

eux une intervention chirurgicale aussi importante qu'une colectomie totale (Observation I).

II. — *Traitement des symptômes et des complications*

a) *Les symptômes.*

On lutte contre le *syndrome dysentérique* en prescrivant:

α) Les pansements intestinaux, sous forme de sous-nitrate de bismuth chimiquement pur absorbé per os à raison d'une cuillerée à café aux repas de midi et de 7 heures pendant dix jours. On suspend cette médication pendant dix jours, et on recommence.

β) Les anti-spasmodiques, dont la belladone est le type.

On fait prendre au malade 15 gouttes de teinture de belladone aux deux principaux repas pendant les 10 jours d'abstention de bismuth.

γ) Les antiseptiques intestinaux. Le Stovarsol est celui que nous utilisons le plus habituellement, à la dose d'un comprimé de 0 g. 25 écrasé dans un demi verre d'eau à prendre le matin à jeun les quatre premiers jours de chaque semaine.

δ) Les antidiarrhéiques, tels que:

Le tannin (1 g. par jour);

La poudre de charbon (20 à 25 grammes par jour dans de l'eau ou du thé);

Les opiacés enfin, sous forme d'élixir parégorique, extrait thébaïque, etc...

ε) Deux ou trois fois par semaine on fait prendre au malade, le soir en se couchant, des pansements rectaux à base de bleu de méthylène à 1 pour 150; ou d'agar agar, oxyde de zinc et dermatol (1), qu'on lui recommande de garder aussi

(1) Nous prescrivons couramment la formule suivante à la consultation de gastro-entérologie de M. le Professeur BAUMEL:

Agar agar: 2 cuillerées à café;

Dissoudre dans eau: 150 cm³;

Ajouter: infusion de camomille à 37°: 650 cm³;

Incorporer: antipyrine: 2 grammes;

Oxyde de zinc }
Dermatol } à 10 grammes.

longtemps qu'il peut. On combat ainsi, s'il en est besoin, les lésions de rectosigmoïdite ulcéreuse.

Enfin, on prescrit un régime alimentaire non-traumatisant d'où sont exclus: les crudités, les aliments irritants, les condiments, les piments, l'alcool, etc.

Les hémorragies.

On peut employer soit des traitements locaux, constitués par exemple par le lavement suivant:

Novarsenobenzol: 0 g. 30;

Eau bouillie: 150 centimètres cubes;

Laudanum: XV gouttes.

soit des traitements généraux, quand l'hémorragie est importante.

On utilise tantôt les vaso-constricteurs habituels:

Ergot de seigle : 1 centimètre cube en injection hypodermique;

Adrénaline.

Tantôt les coagulants : on recourt le plus souvent à l'une ou l'autre de ces formules:

Citrate de soude intra-veineux à 30 p. 100: 20 à 30 cm³;

Chlorure de calcium intra-veineux à 5 p. 100: 30 cm³;

Sérum gélatiné à 5 p. 100 par voie sous-cutanée;

Pectine à 1 p. 100: 20 à 80 cm³ per os;

Lobe postérieur d'hypophyse: un demi centimètre cube
par voie hypodermique;

Extraits de rate et de foie;

Sérum sanguin humain ou animal: 10 à 20 cm³;

Sérum de Normet;

Petites transfusions sanguines: 20 à 50 cm³.

L'anémie.

On donne, soit du protoxalate de fer, à la dose de 10 à 40 centigrammes.

Soit les préparations arsenicales habituelles (cacodylate de soude).

Soit l'acide ascorbique: 4 comprimés par jour de vitamines C.

Et surtout les médications opothérapiques:

Méthode de WHIPPLE, qui consiste à faire absorber chaque jour soit 250 g. de foie de veau haché bouilli 10 minutes, mêlé à l'eau de cuisson, soit des extraits de foie spécialisés;

Méthode de CASTLE, qui utilise les extraits de muqueuse d'antré pylorique.

Opothérapie médullaire: 2 à 3 cuillerées à café par jour d'extraits glycerinés de moelle;

Opothérapie sanguine: transfusions de 150 à 500 cm³;

b) *Les complications.*

α) *Complications suppuratives.* — Nous avons traité avec un égal succès deux malades qui présentaient une collection purulente du rectum, l'un (Observation V), par des injections locales de bactériophage de d'Hérelle, l'autre (Observation VII), par simple incision de la poche de pus.

β) *Occlusion intestinale.* — Il faut recourir d'urgence à l'anus artificiel qu'on fait suivre de la résection de l'anse malade.

γ) *Dégénérescence cancéreuse.* — On a le choix entre les procédés d'exérèse et la radiumthérapie.

L'intervention chirurgicale doit être préférée chaque fois que la tumeur est enlevable et que l'état général du malade le permet.

On réserve à la radiumthérapie les contre-indications de l'intervention chirurgicale.

En ce qui concerne le traitement chirurgical, LOUBAT prétend que la dégénérescence maligne des polypes évoluant lentement et restant longtemps localisée, il est illogique de recourir aux résections graves, larges et mutilantes du rec-

tum comme pour un cancer cylindrique primitif.

D'un autre côté, la simple ablation des polypes cancérisés est insuffisante.

Il faut donc, d'après cet auteur, pratiquer une extirpation *un peu élargie*, portant soit sur la collerette de muqueuse avoisinante si la sous-muqueuse n'est pas envahie; soit une résection de toute l'épaisseur de la paroi rectale en tissu sain tout autour des polypes si les couches musculaires du rectum sont atteintes.

LOUBAT a traité ainsi deux malades : un depuis six ans, l'autre depuis un an.

Ils sont tous deux en bonne santé.

A l'appui de cette conception, PAUCHET rapporte le cas d'un homme traité par exérèse limitée il y a dix ans, et qui n'a présenté aucune récurrence.

Toutefois, le nombre des observations publiées est trop restreint pour qu'on puisse juger définitivement ce traitement semi-conservateur.

En outre, chaque fois qu'il y a cancer, une chose doit nous guider : c'est la fréquence des récurrences. Aussi nous paraît-il plus sage de pratiquer une résection *large* de la zone néoplasique pour éviter ou tout au moins retarder le plus possible la généralisation du processus cancéreux.

B) *Traitement de la polyposse rectocolique secondaire.*

Nous n'allons envisager que le traitement des polypes, le traitement symptomatique et le traitement des complications ayant été exposés à propos de la polyposse rectocolique essentielle.

I. — *Polyposse inflammatoire.*

Le traitement médical donne parfois des résultats extrêmement brillants.

Un bel exemple de guérison nous est rapporté par le Professeur CARNOT, FRIEDEL et FROUSSART.

Il s'agissait d'un soldat qui avait présenté en 1906 une crise de rectocolite aiguë suivie de guérison.

En 1910, nouvelle crise de rectocolite aiguë à la suite d'un refroidissement. Guérison par le régime, le benzonaphtol et l'opium.

Toutefois, le malade avait continué à avoir trois ou quatre selles pâteuses par jour.

En 1914, cet homme est mobilisé. Il est évacué en 1915 pour entérite suspecte.

L'examen rectoscopique montre alors une muqueuse rectale rouge, enflammée, avec de nombreuses ulcérations à bords nets. En outre, on voit de nombreuses proliférations polypoïdes, pédiculées, de grosseur variant d'un grain de mil à un petit pois, saignant facilement. Enfin, on note un rétrécissement n'admettant pas l'index.

De 1915 à 1918, les rechutes se succèdent au rythme de une à deux par an.

Toutes les recherches dans les selles sont négatives.

Tous les traitements employés (nitrate d'argent, régime ovo-lacto-farineux, benzonaphtol, opium, sérum anti-dysentérique), sont sans effet.

Au cours des crises, les selles sont toujours très fréquentes (15 à 20 par jour) et muco-sanglantes.

C'est alors qu'à partir du 24 septembre 1918, on fait tous les jours, après lavage à l'eau bouillie, un pansement rectal avec :

Chlorure de magnésium: 10 grammes;

Excipient: 250 centimètres cubes.

L'état général et local s'améliorent rapidement jusqu'à guérison complète.

Outre le chlorure de magnésium, on peut utiliser chez

certaines maladies: le tannin, le collargol, la gonacrine, sous forme de lavages intestinaux effectués soit par les voies naturelles seules, soit au besoin par les voies naturelles associées à des bouches artificielles (cœcostomie).

En cas d'échec on a parfois intérêt à recourir à la dérivation des matières, soit par un anus artificiel soit, comme l'a fait à deux reprises HARTMANN avec un plein succès, à une dérivation par iléosigmoïdostomie.

Enfin, il est possible de voir rétrocéder des processus de polypose inflammatoire sous l'action de la radiothérapie administrée à raison de 1 séance de 500 R chaque semaine.

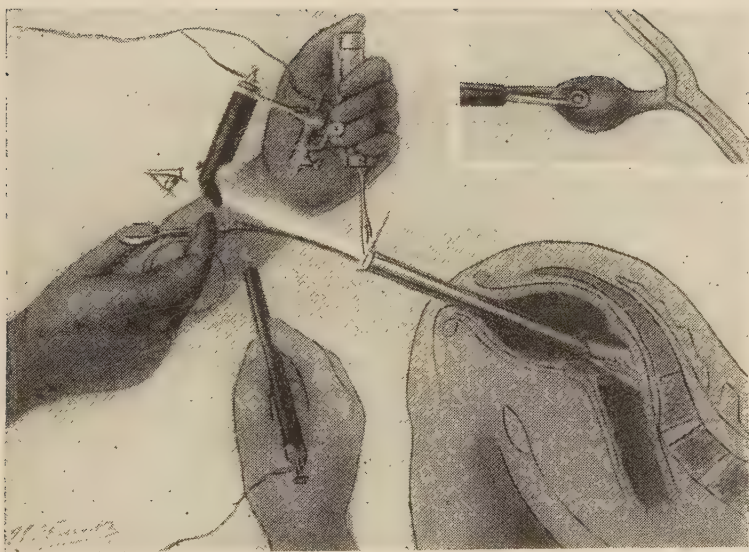
II. — *Polypose parasitaire*.....

Elle est surtout due aux amibes et aux bilharzies. Il faut essayer:

L'Antimoine dans les cas de bilharziose.

Les arsenicaux pentavalents dans les cas d'amibiase.

Cette thérapeutique, si elle modifie ordinairement peu les proliférations polypeuses, améliore l'état général du sujet et agit favorablement sur les lésions intestinales inflammatoires surajoutées (Observation V). Il convient donc de l'associer au traitement local, chirurgical ou physiothérapique suivant les cas, que nous avons étudié précédemment.



Diathermo-coagulation d'un polype à l'aide de la pince de Brünings et du rectoscope muni de la tige porte-lumière à crémaillère de R. BENSAUDE

Ce dispositif, dégage complètement la lumière du tube et facilite les manœuvres (D'après BENSAUDE et AUGIER)

CHAPITRE X

RESULTATS THERAPEUTIQUES

Nos résultats thérapeutiques sont malheureusement incomplets.

Plusieurs de nos malades ont refusé tout traitement (Observations II, VI, VII, XI).

Un a été perdu de vue (X).

Parmi les porteurs de polypose rectocolique qui, après s'être présentés à la consultation de Gastro-Entérologie de M. le Professeur BAUMEL ont accepté la thérapeutique qui leur était proposée, nous notons :

Une issue fatale (Observation I) dans un cas de polypose généralisée à tout le cadre colique et traitée par la radiothérapie.

En ce qui concerne les polyposes localisées, traitées par diathermo-coagulation, nous avons observé :

Une dégénérescence néoplasique (Observation III) après une guérison apparente de un an.

Trois excellents résultats (Observations IV, V, XIII) avec, toutefois, un épisode infectieux aigu de courte durée chez le malade V.

Enfin, les consultants IX et XII, vus pour la première fois avec une polypose en pleine transformation cancéreuse, sont en parfaite santé après avoir subi une exérèse chirurgicale élargie.

CONCLUSIONS SUR LA POLYPOSE RECTOCOLIQUE

De l'étude de la polypose rectocolique que nous venons de faire, nous devons retenir :

1° La fréquence infiniment plus grande de la polypose essentielle que de la polypose secondaire; de la polypose rectosigmoïdienne que de la polypose généralisée.

2° Le début insidieux de la polypose rectocolique qui évolue à bas bruit souvent pendant de longues années, ne se manifestant alors que par quelques légers troubles de la défécation, ou, plus rarement, par l'issue de polypes par l'anus (Observation V) ou par la présence d'un simple prolapsus de la muqueuse rectale.

L'apparition du syndrome clinique relève vraisemblablement d'un processus inflammatoire surajouté résultant d'ordinaire d'une érosion infectante facile à expliquer par la fragilité de la muqueuse intestinale. Les examens biopsiques montrent en effet fréquemment l'existence de lésions inflammatoires subaiguës ou chroniques, sans caractère spécifique, qui paraissent conditionner la présence du syndrome dysentérique.

3° C'est une affection du jeune, mais on peut la voir à tout âge. Sept de nos malades avaient moins de quarante ans.

Parmi ceux qui dépassaient la quarantaine, cinq étaient âgés de plus de 55 ans.

On a même signalé des cas, rares il est vrai, où la polypose avait débuté à 80 ans.

4° Une notion extrêmement nette est la prédominance de cette affection pour le sexe masculin, puisque nous avons rencontré 12 hommes sur 13 consultants.

5° Nous n'avons observé qu'une seule fois le caractère familial que revêt parfois la polypose intestinale, et encore de façon assez imprécise.

6° De même, un seul de nos malades présentait un hipocratisme digital très caractéristique en dehors de toute affection cardio-vasculaire ou pulmonaire.

7° La polypose rectocolique se manifeste à peu près toujours par une symptomatologie intestinale.

On a décrit des polyposes intestinales à symptomatologie gastrique, mais pour notre part, nous n'avons rencontré que des troubles gastriques vagues nettement dominés par les troubles intestinaux: évacuations dysentériques et hémorragies.

8° Le diagnostic s'appuie sur trois moyens d'investigation:

La rectoscopie, à laquelle on doit toujours associer le toucher rectal.

La biopsie.

La radiographie.

De ces trois examens, le toucher rectal et la rectoscopie sont les plus importants.

Sur la rectoscopie est basé le diagnostic certain de la polypose rectocolique. Elle nous montre des tumeurs de volume variable, le plus souvent pédiculées, parfois sessiles, isolées ou groupées suivant les cas.

Associée au toucher rectal, elle nous renseigne sur l'état de la paroi dans l'intervalle des polypes: paroi infiltrée dans

les cas de polypose secondaire, souple au contraire dans les cas de polypose essentielle.

Enfin, elle permet de dépister la dégénérescence cancéreuse en montrant, dans les cas de polyposes transformées, des masses dures, bourgeonnantes, saignantes, qui, fait capital, empêchent la progression du tube.

La biopsie, à laquelle il faut toujours recourir, donne des renseignements extrêmement importants, car sur elle repose bien souvent le diagnostic précoce de la dégénérescence maligne des polypes.

Grâce à elle, nous pouvons déterminer avec un maximum de chances de succès les indications chirurgicales des polyposes transformées en cancer.

La radiographie enfin est surtout utile pour déterminer l'étendue du processus polypeux et apprécier son extension. Elle révèle sa présence quand les polypes sont situés hors de la portée du rectoscope.

9° Dans les complications de la polypose rectocolique, nous avons mis en évidence l'importance de la dégénérescence maligne que nous avons observée chez près de la moitié de nos malades.

Nous en avons montré l'insidiosité.

Enfin et surtout, nous avons insisté sur ce fait que les individus jeunes n'étaient pas épargnés.

Sur six malades porteurs de polypes dégénérés, un était âgé de 30 ans, un autre de 31 ans.

Par ailleurs, nous avons dit la fréquence relative et la bénignité habituelle des complications suppuratives.

10° En ce qui concerne le traitement, nous avons montré l'opposition qu'il convient d'établir entre la polypose rectocolique essentielle diffuse et la polypose localisée ; le traitement de la polypose diffuse étant soit extrêmement aléatoi-

re (radiothérapie et radiumthérapie), soit extrêmement choquant (intervention chirurgicale).

Au contraire, les bons résultats de la diathermo-coagulation sont de règle dans les cas de polypose localisée.

D'autre part, si le traitement médical par les sels de magnésium le plus souvent donne parfois des résultats brillants dans les cas de polypose secondaire inflammatoire, nous avons noté, dans les polypes parasitaires, l'inefficacité des thérapeutiques spécifiques sur l'évolution des proliférations elles-mêmes, alors qu'elles viennent rapidement à bout des lésions associées, telles que les ulcérations.

11° Enfin, nous avons insisté sur l'importance de la surveillance médicale de nos malades qui doit être basée principalement sur des examens biopsiques répétés, car aucun test ne nous permet de prévoir l'évolution des polypes intestinaux.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE. — Occlusion intestinale par un épithélioma annulaire colosigmoïdien, coïncidant avec un adénome pédiculé du jéjunum et des polyadénomes multiples étendus à tout le gros intestin, *Bull. Soc. anat.* 1907, p. 244.
- ALMEIDA TOLEDO (DE). — A intestinal polypose. *Rev. Ass. Paulist. de Med.* 8; pp. 93-98, février 1936.
- AUBERTIN et BEAUJARD. — Action des rayons X sur les polyadénomes de l'intestin. *Bull. et mém. Soc. Médic. des hôp. de Paris*, 1913, t. I, p. 1221.
- AUGIER. — La polypose rectocolique. Thèse Paris, 1932, Baillière.
- BAUMEL (J.) et SERRE. — Considérations à propos de sept cas de polypose intestinale. Soc. de Gastro-Entérologie du Littoral méditerranéen, séance du 13-6-1937 à Montpellier, in *Marseille Médical*, n° 22-23, 5-15 août 1937.
- BECLERE. — Déformation hippocratique des doigts. *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1901 p. 283 et 1902, p. 713.
- BENSAUDE. — Traité d'Endoscopie. Paris, Masson édit.
- BENSAUDE, HILLEMAND et AUGIER. — Hippocratisme digital et polypose intestinale. *Bull. et mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 22 janvier 1932, n° 3, 3^e série.
- BENSAUDE, HILLEMAND et AUGIER. — La polypose intestinale. *Presse Médicale* n° 34, 27 avril 1932, p. 687.
- BENSAUDE, HILLEMAND et AUGIER. — La polypose intestinale. *Archives des Maladies de l'appareil digestif et des Maladies de la nutrition*, t. XXII, n° 5, mai 1932, p. 473.
- BENSAUDE et CAIN. — Biopsie ano-rectale in Maladies de l'Intestin de Bensaude, t. I, p. 31, Masson édit.
- BENSAUDE, GUENAUDE et CONSTANTIN. — Radio-diagnostic du cancer du gros intestin. *Archives Mal. App. dig. et nut.*, septembre 1916.
- BENSAUDE, HILLEMAND et AUGIER. — Hippocratisme digital et polypose intestinale. *Bull. Soc. méd. hôp.*, 1932, p. 93,

- BENSAUDE, HILLEMAND, MARCHAND et AUGIER. — Le diagnostic radiologique de la polypose. *Archives Mal. App. dig et nutr.*, novembre 1931, p. 1084.
- BENSAUDE et MARCHAND. — Une simplification de la technique d'ablation des polypes recto-sigmoïdiens. *Arch. des Mal. App. dig.*, 1926, p. 595.
- BOUVIER. — Sur la polypose du tractus gastro-intestinal. *Arch. f. klin. chir.*, 1925, t. CXXXIV, pp. 763-772.
- BRULE et LIEVRE. — Polypose rectocolique avec hippocratisme des doigts. *Bull. et mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 22 janvier 1932, n° 3, 3^e série.
- CABOT. — Multiple adenomatous polyp of large intestine with metastases to liver, lung and cerebellum. *New England J. Med.* 298, 209, 211, janv. 25, 1933.
- CARNOT, FRIEDEL et FROUSSART. — Polypose recto-sigmoïdienne guérie par les pansements locaux au chlorure de magnésium. *Paris Médical*, 1919, n° 25, p. 495.
- CAUSSADE. — Le doigt hippocratique. *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, 1932, p. 457.
- CHALIER et MONDOR. — Cancer du rectum. Bibliothèque du Cancer, Paris, 1927.
- CHARGELAIGUE. — Les polypes du gros intestin. Paris, 1859.
- CHAUVENET. — Polypose et cancer du côlon descendant chez une femme de 27 ans. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1930 p. 57.
- DAVID. — Pathologie et traitement des tumeurs polypeuses hémorragiques du gros intestin. *Annals of Surgery*, nov. 1934.
- DEMARGNE. — Du traitement de la polypose recto-sigmoïdienne par les pansements locaux au chlorure de magnésium. Thèse de Paris, 1919.
- DESNOS. — Végétations polypiformes du gros intestin chez un tuberculeux. *Bull. Soc. Anat.*, 1880, pp. 489-492.
- DEVIC et BUSSY. — Un cas de polypose adénomateuse. *Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, 1912, pp. 278-289.
- DILIBERTO. — La poliposi intestinale. *Archiv. Ital. di mal. app. digest.*, 6, 37-59, janv. 1937.
- FINOT (A.). — La polypose intestinale. *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, n° 1, janvier 1933.
- FOCHIER. — Polypes multiples du rectum. Plusieurs centaines. *Lyon Médical*, 1875, t. XVIII, pp. 364-367.
- FOCOLER. — Intestinal polypus and intussusception. *Brit. Med. J.* I, 60-61, 14 jan. 1933.
- GEJROT. — Gastro-intestinal polyposis. *Nord Med. Tids*, 9: 452; march 23 1935.

- GRANDCLAUDE et TIPREZ. — Polypose et cancer de l'intestin. *Bulletin du Cancer*, 1931, pp. 273-281.
- GRENET et DELARUE. — Polyadénomatoze du gros intestin. *La Semaine Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1927, n° 1, pp. 21-23
- GRENET et DELARUE. — Un cas de polyadénomatoze du gros intestin. *Bull. et mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 1926, p. 1509.
- HAMANT et ROTHAN. — Polypose rectocolique généralisée; colectomie totale. Société de Médecine de Nancy, séance du 10 avril 1935, in *Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 1er juil. 1935 n° 13.
- HORAND. — Polypes multiples du rectum. Société de Chirurgie de Lyon, 4 novembre 1897. *Lyon Médical*, 1898, n° 21.
- LARDENNOIS et MONDOR. — Polypose rectocolique. Cancer ano-rectal. Réactions ganglionnaires. *Bull. Soc. Anat.* 1913, p. 231.
- LEBERT. — Anatomie pathologique, volume II, p. 316.
- LEVEUF et ODRU. — La polypose colique diffuse. *Journal de Chirurgie*, 1931, t. XXXVII, n° 6, pp. 810-827.
- LONG-KOLMER-SWALM. — Observations on intestines of rats fed miert unaterial polypose. *J. lab. clin. med.* 20: 475-481, fév. 1935.
- LOUBAT. — Dégénérescence maligne des polypes du rectum. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1930, p. 934.
- MAINGOT, SARASIN et DUCLOS. — Examens radiographiques par substances floclulantes, 1935.
- MANDILLON. — Polypose générale diffuse du tube digestif. *Revue de Chirurgie de Paris*, 73: 238-260, mars 1935.
- METZGER, OHLMANN, KALFF. — Un cas de polypose du colon. Société Médicale du Bas-Rhin, séance du 30 juillet 1934, in *Strasbourg Médical* n° 32, 15 novembre 1934.
- MOCQUOT. — Les hémorragies des polypes du rectum. *Revue de Chirurgie*, 1913, pp. 474-485.
- OCKINCZY. — Cancer intestin. Doin, 1923.
- POUJOL, MAURY, MONTPELLIER. — Un cas de polypose intestinale avec cancer du rectum. *Algérie Médicale*, 1929, pp. 211-223.
- QUENU et LANDEL. — Les polyadénomes du gros intestin. *Revue de Chirurgie* 1899, p. 467.
- RENAUX. — Société de Médecine de Paris, mai 1938.
- ROCHER. — Polypose rectocolique diffuse primitive. Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest, séance du 14 avril 1932.
- SAUERBRUCH. — La polypose du gros intestin. *Zentralbl. für Chir.* n° 2, 13 janvier 1934.
- SAVIGNAC. — Lettres à un jeune praticien sur les maladies de l'anüs et du rectum, 1938.

- SMITH. — Three cases of multiple polypi of the lower bowel occurring in one family. *St-Bartholomews hosp. reports*, 1887, vol. XXIII, pp. 225-229.
- STOREY. — Familial polyposis of colon with supervention of carcinoma. *Med. J. of Austr.* 1932, t. II, n° 22, p. 663.
- STRAUSS. — Polypose de l'intestin et du rectum. *Deutsch mediz. Woch.*, 19 août 1932.
- VITTOT. — Un cas de polypose intestinale. *Revue Médicale de la Franche-Comté*, n° 2, février 1936.
- WHEELER. — Polypes multiples du côlon. *British Medical Journal of Surgery*, 1926, t. XIV, n° 53.
- WILWERS et OHLMANN. — Un cas de polypose du gros intestin. Société d'électroradiologie de l'Est, séance du 1er décembre 1935, in *Bull. et mém. de la Société de Radiol. méd. de France*, n° 226, févr. 1936.
- ZELENSKAYA. — Multiple polyposis of intestines. *Novy khir arkhiv.* 35: 419-421, 1936.
-

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
OBSERVATIONS	13
ETIOLOGIE	41
PATHOGÉNIE	43
SYMPTOMATOLOGIE	47
LES RECHERCHES DE CONTRÔLE	
a) <i>Toucher rectal</i>	51
b) <i>Rectosigmoïdoscopie</i>	53
c) <i>Biopsie</i> : Technique	57
Examen histologique	58
d) <i>Examen radiographique</i>	63
EVOLUTION ET COMPLICATIONS	67
TRAITEMENT DE LA POLYPOSE RECTOCOLIQUE ESSENTIELLE	
a) <i>Les polypes</i>	71
b) <i>Les symptômes</i>	77
c) <i>Les complications</i>	79
TRAITEMENT DE LA POLYPOSE RECTOCOLIQUE SECONDAIRE	80
RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES	83
CONCLUSIONS	85
BIBLIOGRAPHIE	89

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

« A propos de treize cas de
polypose rectocolique. »
par Max BOUSCHON.

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 3 décembre 1938,
Le Professeur,
BOUDET.

Vu:

Montpellier, le 5 décembre 1938,

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 7 décembre 1938,

Le Recteur,

PARISELLE.

